

Universidade de Brasília (UnB)

Faculdade de Ceilândia (FCe)

Bacharelado em Saúde Coletiva

Vanessa dos Santos Nascimento

**Análise econômica de preços de compra declarados por instituições  
públicas de saúde para medicamentos: paga-se mais por compras pela via  
judicial?**

Brasília, 2014.

Vanessa dos Santos Nascimento

Análise econômica de preços de compra declarados por instituições públicas de saúde para medicamentos: paga-se mais por compras pela via judicial?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Brasília, 2014.

Análise econômica de preços de compra declarados por instituições públicas de saúde para medicamentos: paga-se mais por compras pela via judicial?

Vanessa dos Santos Nascimento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Orientador

---

Prof.<sup>a</sup>. M.<sup>a</sup>. Carla Pintas Marques  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Avaliadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> (a) Silvia Badim Marques  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Avaliadora

Brasília, 9 de dezembro de 2014.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus amados pais e a todos os profissionais de saúde. Que possam se sentir motivados a contribuir com comprometimento e seriedade para o nosso SUS cada vez melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, em todos os momentos em que me deu coragem e forças para uma das minhas maiores realizações da minha vida profissional, e não somente nestes anos como universitária, mas na minha caminhada.

Agradeço a minha família pelo carinho e dedicação que sempre me deram principalmente a minha mãe Auricelia a mulher da minha vida, meu pai José Carlos o homem da minha vida, que são meus exemplos de pessoas guerreiras, e que todos os dias me espelho, ao qual tenho um amor incondicional, agradeço pelos seus ensinamentos e contribuir a ser o que sou hoje, pois apesar das dificuldades sempre estiveram do meu lado com um amor tão grande que bastava um simples sorriso ou até mesmo um olhar cheio de muita ternura para me incentivar chegar aonde eu cheguei.

Agradeço ao meu marido Renan por estar presente nessa minha jornada nos momentos felizes, e nos mais difíceis, por seu companheirismo, paciência e compreensão nas ocasiões de crises de estresse me ajudando com conversas, demonstrando palavras de incentivo e acalanto. E ao meu irmão por compartilhar dessa fase tão importante. Enfim agradeço pela compreensão que na ausência dedicados ao estudo, desânimo e cansaços sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação, e que tudo valeria a pena.

A Universidade pela oportunidade de fazer o curso, a todos meus mestres que me proporcionaram a oportunidade de me instruir para o conhecimento profissional que hoje tenho, e poder contribuir para a aplicação do meu aprendizado para um SUS melhor e de qualidade. E principalmente ao meu orientador Everton, pelo apoio, paciência e confiança na elaboração deste trabalho.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, aquieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta.”

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

## RESUMO

**Introdução:** A constante presença da judicialização da saúde no Brasil sinaliza a dificuldade em garantir o acesso da população a medicamentos. Este fenômeno divide opiniões, mas o fato é que atualmente há uma ausência de estudos que comprovem a diferença entre os preços praticados no mercado para medicamentos adquiridos pela via judicial. **Objetivo:** Este trabalho visa estimar se as compras pela via judicial são mais onerosas para o sistema de saúde público em relação às compras pela via administrativa. **Método:** Revisão da literatura sobre a judicialização, suas causas e efeitos, enfocando principalmente no campo dos medicamentos. Além disto, usa-se o método quantitativo, de coorte transversal, para levantar informações sobre as compras de medicamentos declaradas no Banco de Preços em Saúde, do Ministério da Saúde. A partir desses dados secundários referentes a 2012 e 2013, foi possível calcular a diferença média dos preços de compra declarados pelas instituições públicas de saúde, estratificando pela modalidade administrativa e judicial. **Resultados e Discussão:** O estudo apontou o quanto as compras judiciais foram mais caras em 2012 e 2013, correspondendo a 42% e 35,41%, respectivamente. Houve um declínio do percentual da judicialização, com uma diferença de 6,49 pontos percentuais entre os dois anos. Obteve-se um perfil geral das compras cadastradas no BPS, em que os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados entre as vias judicial e administrativa, em 2012 (média percentual 501,22%) e em 2013 (323,68%). Em relação classificação terapêutica, mostrou que a frequência dos medicamentos para doenças crônicas foi maior em 2012 (92,12%) e 2013 (94,38%) em relação às infectocontagiosas. **Conclusão:** A análise mostra um caminho de ações que inicia pela busca de acesso aos medicamentos para doenças crônicas, sendo nítida a necessidade da aproximação das Políticas Públicas do SUS com o Poder Judiciário e Saúde Coletiva, em um espaço único que discuta e proponha ações que permitam que sejam alcançados resultados capazes de assegurar o direito à saúde.

**Palavras-Chave:** Judicialização da Saúde, Medicamentos, Análise Econômica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The judicialization of health in Brazil indicates the difficulty in ensuring people's access to medicines. This phenomenon divides opinion, but the fact is that currently there is a lack of studies proving the difference between the market prices for drugs purchased through the courts. **Objective:** This study aims to estimate whether purchases through the courts are more costly to the public health system for purchases by administrative means. **Method:** Literature review about the legalization, its causes and effects, focusing mainly in the drug field. In addition, we use the quantitative method, cross-sectional study, to gather information on drug purchases reported in *Banco de Preços em Saúde*, from the Ministry of Health. From these secondary data on 2012 and 2013, it was possible to calculate the average difference in purchase prices declared by public health institutions, stratified by administrative and judicial mode. **Results and Discussion:** The study showed how the judicial purchases were more expensive in 2012 and 2013, corresponding to 42% and 35.41%, respectively. There was a decline in the percentage of legalization, with a difference of 6.49 percentage points between the two years. Gave a quick overview of purchases registered in the BPS, where the ten drugs with the greatest difference in the percentage of the price declared between the judicial and administrative form in 2012 (average percentage 501.22%) and in 2013 (323, 68%). Regarding therapeutic classification, it showed that the frequency of medications for chronic diseases was higher in 2012 (92.12%) and in 2013 (94.38%) related to infectious diseases. **Conclusion:** The analysis shows a path of action that starts the search for access to medicines for chronic diseases, and clear the need for approximation of SUS Public Policy with the Judiciary and Public Health, in a single space to discuss and propose actions allow results to be achieved able to ensure the right to health.

**Key words:** Economic Analysis, Drugs, Judicialization of health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

SUS – Sistema único de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

PNM – Política Nacional de Medicamentos

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

MS – Ministério da Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

NAT – Núcleo de Assistência Técnica

BPS – Banco de Preços em Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Etapas envolvidas na tomada de decisão no processamento da demanda judicial de medicamentos.....	22
<b>Figura 2:</b> Responsabilidades de gerenciamento e inserção de dados no BPS.....	28
<b>Figura 3:</b> Esquema de filtragem das amostras.....	29

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Descrição geral das compras cadastradas em 2012 e 2013 no BPS, Brasil.....	31
<b>Tabela 2:</b> Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via judicial comparado à administrativa, em 2012, Brasil.....	32
<b>Tabela 3:</b> Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via judicial comparado à administrativa, em 2013, Brasil.....	33
<b>Tabela 4:</b> Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via administrativa comparado a judicial, em 2012, Brasil.....	35
<b>Tabela 5:</b> Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via administrativa comparado a judicial, em 2013, Brasil.....	36
<b>Tabela 6:</b> Judicialização da saúde sobre medicamento, Brasil.....	40

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Número total de compras declarados no Banco de Preços em Saúde, pelas vias administrativa e judicial, de todas as tecnologias em saúde, Brasil, 2012 e 2013 .....	30
<b>Gráfico 2:</b> Comparação da média percentual dos dez medicamentos com maior diferença percentual entre os valores declarados em 2012 e 2013, Brasil.....	34
<b>Gráfico 3:</b> Estratificação dos medicamentos por tipo de doenças, crônicas e infectocontagiosas, em 2012 e 2013, Brasil .....	38
<b>Gráfico 4:</b> Diferença percentual entre os valores médios declarados por instituições públicas por medicamentos adquiridos pelas vias judicial e administrativa, Brasil, 2012 e 2013.....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral: .....	17
2.2 Objetivos Específicos: .....	17
<b>3 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
3.1 A judicialização da saúde .....	18
3.2 Procedimento da judicialização. ....	20
3.3 Causas e efeitos da judicialização.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1 Delineamentos da pesquisa.....	26
4.2 Amostra.....	27
4.3 Aspectos éticos e financiamento.....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>30</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização no funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Ela define que a saúde é um direito fundamental do homem, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Dispõe ainda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, tornando-se uma das políticas públicas mais importantes realizadas no país (PAIM, 2009).

Apesar dos avanços do SUS, o Brasil ainda tem dificuldade em garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais incorporados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), presente na política Nacional de Medicamentos (PNM) publicado em 1998 (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) tem o dever desafiador de assegurar o acesso aos medicamentos à população, resguardando os princípios de equidade e justiça social, garantindo a disponibilidade de produtos seguros, eficazes e de qualidade e promovendo o uso racional por parte dos profissionais de saúde e usuários. É dentro do contexto da PNM que se definem as prioridades e responsabilidades da assistência farmacêutica, entendida como um conjunto de ações interligadas relacionadas ao medicamento, compreendendo desde o seu processo de seleção até sua prescrição e dispensação (BRASIL, 2001).

Diante disto, a elaboração deste trabalho foi motivada pela necessidade de investigar o quanto se paga a mais pelo processo de judicialização na aquisição de medicamentos pelas instituições públicas de saúde.

A busca na justiça brasileira pela garantia desse direito não é caso isolado do Brasil. Ações judiciais em países como Peru, Argentina, Venezuela e Equador têm levado os tribunais a deferirem a favor das solicitações, garantindo o acesso a medicamentos e a procedimentos terapêuticos, mesmo quando o direito à saúde não está explícito em suas constituições nacionais. O que chama a atenção, no caso brasileiro, é o elevado grau de sucesso dessas postulações (PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G., 2012).

O trabalho apresenta uma análise econômica da comparação dos valores declarados praticados nas modalidades das compras judiciais e administrativas de fármacos em 2012 e 2013. O estudo está estruturado em seis partes além desta introdução: a primeira trata da justificativa para elaboração da pesquisa; a segunda sobre o objetivo geral e os específicos a serem alcançados; a terceira traz fundamentação teórica sobre a criação do Sistema Único de Saúde e falhas que possam proceder na judicialização da saúde, abordando suas causas e efeitos, enfocando principalmente no campo dos medicamentos; a quarta parte aborda a metodologia, para a qual realiza-se um estudo quantitativo, de coorte transversal, baseado em dados secundários do Banco de Preços em Saúde, para estimar a diferença entre os valores das compras declaradas pelas instituições públicas; a quinta apresenta os resultados e discussões, expondo a diferença dos preços pagos na modalidade das compras judiciais e administrativa; a sexta e última parte sumariza algumas considerações finais sobre os achados encontrados.

A dedicação ao tema se dá pela indagação em relação ao crescente número de ações para requerimento de medicamentos na via judicial. Outro motivo é a escassez estudos relacionados à análise econômica de preços pagos por instituições públicas de saúde por medicamentos pela judicialização, investigando se pagamos mais. Sendo assim o atual trabalho enseja a necessidade de investigar este fenômeno.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Analisar os valores declarados para aquisição de medicamentos por via judicial e administrativa pelas instituições públicas de saúde no SUS nos anos de 2012 e 2013, disponíveis no Banco de Preços da Saúde do Ministério da Saúde, no intuito de verificar se há diferença de valor entre compras realizadas pela via judicial e pela via administrativa.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Analisar as compras de medicamentos realizadas por instituições públicas pela via judicial e administrativa, disponíveis no Banco de Preços da Saúde (BPS) do Ministério da Saúde nos anos de 2012 e 2013.
- Identificar e caracterizar os medicamentos mais demandados pela via judicial disponíveis no Banco de Preços da Saúde (BPS) do Ministério da Saúde.
- Comparar os valores declarados dos medicamentos comprados pela via judicial com aqueles pagos pela via administrativa.
- Calcular a diferença, entre os valores pagos dos medicamentos comprados pela via judicial e pela via administrativa.



### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 A judicialização da saúde**

Segundo a CF/88, no seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta conquista social deve ser conferida a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária entre 1986 a 1988, criada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que posteriormente resultou na Lei Orgânica da Saúde (8080/90 e 8.142/90), garantindo à população o acesso gratuito, integral, universal e igualitário as ações e serviços, para a promoção, proteção e recuperação.

Vale lembrar que antecedente ao sistema de saúde que temos hoje, a autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social e da Assistência à Saúde beneficiava essencialmente os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Sociais (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal. Atualmente, o SUS estabelece na Lei 8080/90 a oferta de uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, cabendo às esferas do governo o dever de realizar políticas públicas garantidas do direito à saúde e do Estado um sentido amplo, tendo como suas diretrizes a descentralização, integralidade e participação da comunidade, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. No entanto, não é uma estrutura que atua isoladamente da promoção dos direitos básicos de cidadania, visto que se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (CONASS, 2011, p. 24).

A implementação do SUS deu-se em um cenário financeiro adverso, devido à crise econômica brasileira no final da década de 1980 e na primeira metade dos anos de 1990, ocasionando uma redução de investimento na rede pública de serviços da saúde, em ciência e tecnologia, além de verbas para o custeio e manutenção dos serviços existentes (PAIM, 2009). Desde a sua criação vem conquistando muitos avanços relevantes. Um dos mais importantes foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os previdenciários e os não previdenciários, promovendo a integração do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, e

destaca, ainda que timidamente, os cumprimentos da universalização, financiamento, modelo institucional, modelo de atenção, gestão do trabalho e participação social (CONASS, 2009).

No entanto, persistem muitos problemas a serem enfrentados para que sejam cumpridos os princípios e diretrizes do SUS em sua totalidade, principalmente de universalidade e integralidade, tais como: i) financiamento e infraestrutura restrita, pois o investimento na saúde suplementar continua sendo grande, ao invés de destinar recursos para a ampliação no setor público, ocasionando a dependência da saúde suplementar na média e alta complexidade, dificultando o acesso, pelo fato do setor privado priorizar pessoas com planos de saúde; ii) carência de recursos humanos e organização deficiente entre a atenção básica e a alta e média complexidade; e iii) problemas evidentes de gestão e gerência com a profissionalização não qualificada decorrentes de intervenção de interesses partidários (PINHEIRO; SARTI, 2012; PAIM, 2009).

Nessa perspectiva, devido às falhas do SUS ao longo dos seus vinte e seis anos de existência, surgiu o fenômeno da judicialização. No campo específico da política de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio de recurso a ações judiciais, havendo a possibilidade de o cidadão reivindicar judicialmente, de forma individual ou coletivamente os serviços e políticas de saúde. Este é um acontecimento recorrente que passou a existir mais especificamente no início da década de 1990, com os portadores de HIV devido à reivindicação de medicamentos antirretrovirais (PEPE et al, 2010). Desde então, vem crescendo o número de ações judiciais, provocando discussões entre juristas, políticos, profissionais e gestores da saúde. É um tema muito complexo, envolvendo aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários, por isso sua compreensão envolve, necessariamente, um olhar multidisciplinar (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012; CHIEFFI; BARATA, 2009; MESSENDER; CASTRO; LUIZA, 2005).

Aplicando-se ao caso o princípio de hermenêutica constitucional da concordância prática ou da harmonização, que estabelece a necessidade de se buscar, *in concreto*, a “otimização entre os direitos e valores em jogo”, pode-se afirmar que o Poder Judiciário, no exame dos casos concretos, pode – e deve – afastar qualquer lesão ou ameaça a direito, mas apenas nas situações em que a política pública relacionada à saúde se revelar defeituosa ou insuficiente. Sendo assim o Poder Judiciário pode intervir na saúde devido o princípio constitucional da separação de poderes, sob pena de agredir o princípio constitucional funcional do poder. Sendo assim, seja qual for o insumo de saúde almejado, não há ilegitimidade (BRASIL, 1988; VALLE, 2011).

No que se refere a medicamentos no SUS, desde a sua implementação, tem-se buscado garantir o direito do cidadão à assistência farmacêutica, mas esse direito só foi regulamentado após dez anos, com a PNM. Esta foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2004, e concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do país e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001; CHIEFFI, 2009).

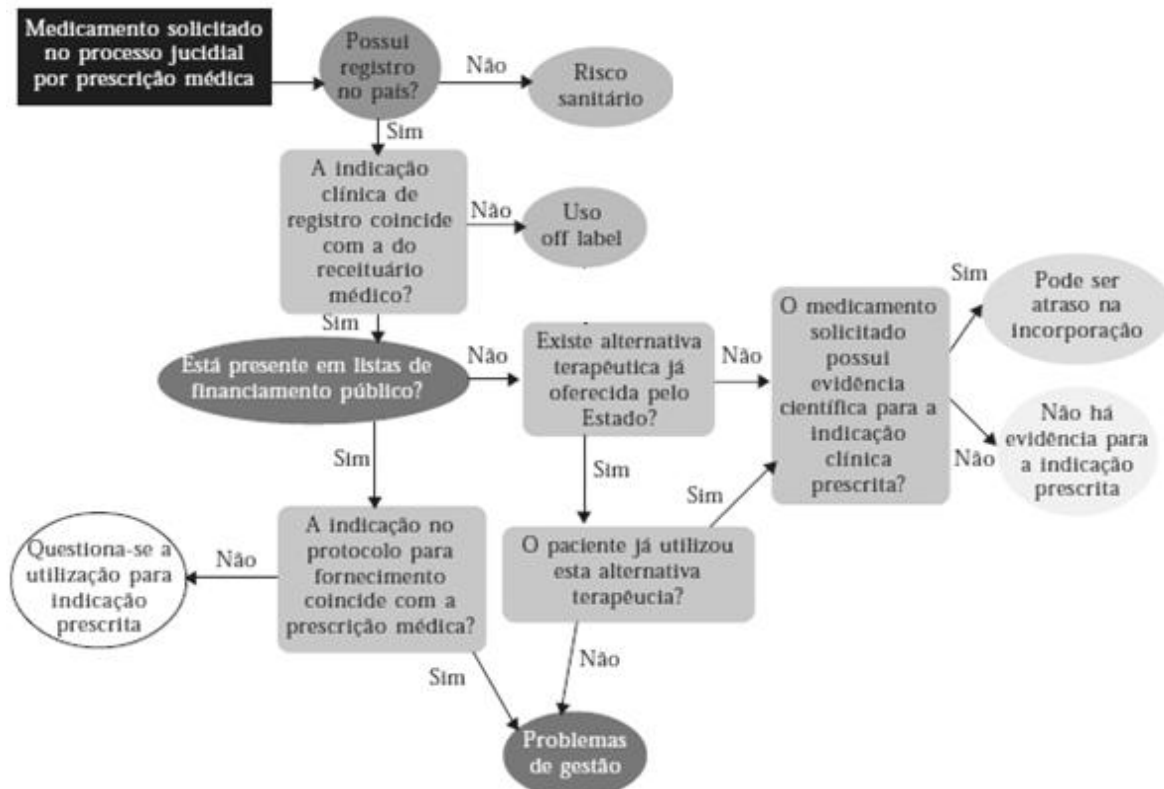
Desde então, vem acontecendo um movimento direcionado a fornecer medicamentos essenciais para a população, sendo sua gestão partilhada entre as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. Cada um deles seleciona sua lista regional, a partir da relação nacional, isso considerando às diferenças regionais e perfil de morbimortalidade de cada região. No entanto, os medicamentos são um dos bens mais demandados nos processos judiciais atualmente, devido à exigência das obrigações do Estado em cumprir assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005; BRASIL, 2001).

A PNM apresenta algumas limitações quanto à sua operacionalização, atualização das listas de medicamentos, transparência nos protocolos clínicos, articulação com outras esferas de fiscalização e registro, tornando-se assim, de acordo com alguns estudos nacionais, um dos bens mais demandados nos tribunais de justiça em nosso país (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

### 3.2 Procedimento da judicialização.

É importante destacar que a falta de prova de uso anterior de outros medicamentos fornecidos pelo SUS pode impedir o acolhimento da pretensão, salvo nos casos em que os documentos médicos atestem que apenas determinado fármaco irá atender às necessidades do postulante. É necessária a comprovação de outros medicamentos fornecidos pelo SUS, que se tornaram ineficazes no tratamento, para conceder um determinado fármaco, sendo recomendável que o laudo médico seja fornecido por médico vinculado ao SUS, pois este goza de maior confiabilidade para o sistema (VALLE, 2011).

**Figura 1:** Etapas envolvidas na tomada de decisão no processamento da demanda judicial de medicamentos.



**Fonte:** Figueiredo, 2010.

A figura 1 demonstra o processo da análise das demandas judiciais na tomada de decisão sobre o fornecimento de medicamentos. Primeiramente o procedimento inicia com o processo judicial por prescrição médica, depois é verificado se o medicamento prescrito possui registro sanitário no país. Se não, é questionada a segurança para seguir na análise, buscando alternativa de tratamento adequado disponível e segura. Se houver registro sanitário no país e averiguado se a indicação clínica de registro coincide com a indicação terapêutica, evitando o *off label* que consiste na prática da prescrição de medicamentos registrados para uma indicação não incluída na informação do produto, podendo trazer riscos aos pacientes (ANVISA, 2005). No caso de confirmação do fármaco solicitado não se tratar de *off label* e possuir registro sanitário, é necessário verificar se consta nas listas de financiamento público,

se positivo e necessário conferir se a indicação da prescrição médica do paciente coincide com aquela para dispensação do medicamento listado (PEPE; et al, 2010; FIGUEIREDO, 2010).

Se confirmado que coincide com a lista, o fornecimento do medicamento ao solicitante não deve ser questionado, pois pode refletir um enorme problema de gestão da assistência farmacêutica. Mas caso as indicações não coincidam, é obrigatório indagar a utilização do medicamento para a indicação prescrita, pois no geral, as listas de Financiamento Público podem utilizar evidências científicas em sua elaboração. Se caso não faça parte destas listas, é preciso ver se há alguma alternativa terapêutica de financiamento público, se existir alternativa a expectativa e que seja de extrema importância oferecê-la, entretanto, é importante averiguar se o paciente já fez uso desta alternativa e caso não tenha respondido ao tratamento, deve-se verificar se existem evidências científicas do medicamento para a indicação prescrita. Não havendo alternativa terapêutica no SUS para condição patológica apresentada e havendo evidências científicas para a mesma, deve-se considerar a possibilidade da necessidade de fornecimento do medicamento (PEPE; et al, 2010; FIGUEIREDO, 2010).

No processo da judicialização da saúde, seguindo o princípio da dignidade da pessoa humana que impõe ao Estado conceder aos seus cidadãos vida com dignidade e não meramente a sua sobrevivência, e por se tratar de recursos públicos, não deve haver lugar para experimentalismos, devendo determinar o fornecimento de medicamentos devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 1988; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

### 3.3 Causas e efeitos da judicialização

A discussão sobre o fenômeno da judicialização da saúde é um tema divergente e polêmico, e tem ganhando importância na literatura e na prática, alguns autores argumentam a favor e outros o contra. Assim, a gestão do SUS faz escolhas em ambiente de escassez, entretanto, é direito do paciente recorrer à justiça para exigir a garantia de acesso a medicamentos. Isto é permitido para evitar negligência e falhas do Estado em relação a sua infraestrutura, financiamento e gestão, como já apontados anteriormente, e além do mais este direito é garantido por lei ao cidadão através da CF/88, em seu Art.196.

Entre os pontos negativos da judicialização, evidencia-se a fragmentação do uso racional de medicamentos, o que tende a ter efeitos sobre o cumprimento da PNM, gerando a não realização plena de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde dadas a exigência de cumprimento imediato da solicitação. A PNM contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; BRASIL, 2001).

A judicialização fere também princípios e diretrizes do SUS, como o da igualdade da assistência que segundo a Lei 8.080/90 é definida como sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, pois pessoas que são mais privilegiadas financeiramente pagam advogados particulares e exames médicos para comprovar suas necessidades na rede privada. Assim o processo sai mais rápido, interferindo de forma negativa na organização do sistema, ocasionando uma disparidade dos menos desprovidos que não podem dispor do mesmo recurso (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Além disto, fere a diretriz da integralidade, que é entendida na Lei 8.080/90 como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, pois considerando o fato de que os serviços privados são livres à iniciativa privada, como está instituída segundo a CF/88, art. 199, muitas vezes geram prescrições de medicamentos que são atendidas pelas farmácias do SUS, sendo que o fornecimento de remédios estaria garantido apenas para prescrições originadas do SUS (VIEIRA et al, 2007).

Cada instância de governo tem suas competências e atribuições no gerenciamento, na operacionalização e no financiamento dos programas de saúde. Essas ações ocasionam consequências orçamentárias significativas, sendo algumas ações sem embasamento em evidência científica, dada a exigência de cumprimento imediato da judicialização, o que geralmente faz com que os medicamentos concedidos tornem-se mais onerosos pela via judicial. Consequentemente, as demandas judiciais prejudicam a previsibilidade de recursos destinados às políticas públicas, impedindo a alocação racional dos escassos recursos em outras áreas, além de interferir no planejamento das ações de saúde, tendo em vista que os recursos financeiros do SUS são limitados (CHIEFFI; BARATA, 2009; GOMES et al., 2014).

No judiciário, existe a dificuldade em decidir questões específicas da saúde, sem conhecimento técnico suficiente dos juízes sobre efeitos e indicações terapêuticas, bem como se há alternativas terapêuticas mais acessíveis disponíveis na RENAME, com valor menor e mesmo efeito; em casos de hospitais que sofrem diariamente dificuldades e situações adversas que são desconhecidas pelo juiz que não podem atender de imediato sua decisão, ocasionando escolhas inadequadas para o SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009; FERREIRA; COSTA, 2013).

No entanto, o Poder Judiciário é uma via plausível de defesa dos direitos fundamentais do cidadão e uma medida para recorrer quando o Estado não programa de maneira suficiente as políticas públicas de saúde. As demandas judiciais podem ser um reflexo da ineficiência do Estado em garantir o acesso ao sistema de saúde e à assistência farmacêutica no Brasil, que buscam a efetivação do direito da população universal, igualitário e equânime, para um bem estar coletivo.

As políticas públicas estabelecidas em matéria de assistência à saúde devem ser conhecidas pelo Poder Judiciário ao garantir efetivamente o direito à saúde, nos casos concretos que são submetidos à sua apreciação, pois, desta maneira, seria possível conjugar os interesses individuais com os coletivos, formalizados mediante tais políticas. O impacto financeiro dessas ações frente à política pública de saúde também merece dados precisos e nacionais, bem como informações sobre outros bens e serviços de saúde que vêm sendo demandados em juízo, como leitos de unidade de terapias semi-intensiva (UTI), órteses, próteses, entre outros. Há que se questionar também o verdadeiro impacto sobre o total do financiamento da saúde e das ações planejadas e executadas em matéria de assistência farmacêutica e terapêutica (MARQUES, 2008).

Para contrapor com as evidências da deficiência de conhecimento técnico do poder judiciário, foi expedido pelo Conselho Nacional da Justiça (CNJ) a Resolução n. 31/2010 e a criação de Núcleos de Assessorias Técnicas (NAT), que iniciou em 2009 no Rio de Janeiro, com finalidade de adoção de medidas visando oferecer melhor orientação dos operadores de direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas envolvendo o direito à saúde, contando com uma equipe multidisciplinar, emitindo pareceres isentos que não se relacionem com nenhum interesse de terceiros, viabilizando a disponibilidade de um conhecimento técnico para o respaldo de uma decisão mais segura (FERREIRA; COSTA, 2013).

As obrigações estatais de respeito aos direitos e garantias de sua satisfação somam-se à proteção contra a ação de terceiros que torne vulnerável o seu exercício. Está na hora de apoiar a judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as constantes investidas de interesses privados no interior do sistema público. As medidas de introdução da gestão privada e/ou da construção de serviços por privados no SUS têm reduzido a transparência na gestão, introduzindo medidas de tratamento diferencial a pacientes de seguros, o que

fere o princípio da isonomia (artigo 37) na administração pública, além de criar privilégios para exploração empresarial em serviços de relevância pública (patentes, contratos diferenciados do tratamento dado aos órgãos públicos), favorecendo a precarização das relações de trabalho em serviços essenciais como atenção primária. Por isso, bem-vinda a judicialização, que poderá salvar o SUS das ameaças atuais de retrocesso, claramente colocadas no cenário nacional e internacional (FREURY, 2012).

O fenômeno da judicialização da saúde transformou-se em uma forma legal de exigir direitos sociais constitucionais da política e das relações sociais devido à perda de confiança do povo em seus representantes políticos, sendo entendida como um processo político e social, devido a disseminação do conhecimento da população, evidenciando cada vez mais o aumento da democracia e da inclusão social, para recorrer a imposição de medidas que garantam seus direitos (CASTRO, 2012; FREURY, 2012).



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamentos da pesquisa

Para a realização do presente trabalho, foi utilizada primeiramente revisão bibliográfica e documental durante o primeiro semestre de 2014, referente à judicialização da saúde e relacionada principalmente a medicamentos no Brasil. Para isso foi empregado descritores apropriados, sendo eles: judicialização, direito à saúde, assistência farmacêutica, Sistema Único de Saúde, medicamentos, poder judiciário e política de saúde. Livros, bases eletrônicas científicas de dados disponíveis em língua portuguesa tais como: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e Periódicos CAPES. E legislação brasileiras sobre a saúde.

A pesquisa tem delineamento quantitativo, de coorte transversal, onde podem ser mensuradas informações em números, classificadas e analisadas, utilizando-se de técnicas estatísticas que são menos sujeitos a ambiguidade (MEDRONHO et al, 2009 p.237). Com este método, busca-se estimar quanto se paga a mais por medicamentos comprados pela via judicial comparados à compra administrativa. Para levantamento das informações sobre as compras de medicamentos, foram utilizados dados secundários que estão disponíveis no Banco de Preços em Saúde (BPS), pertencentes ao MS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

O BPS é um sistema de dados público, com a finalidade de oferecer ao usuário informações do preço de compras de bens e serviços de saúde, realizadas pelas instituições públicas, filantrópicas ou privadas cadastradas no sistema. Isto o torna uma tecnologia de apoio à tomada de decisão durante o processo de compras e reconhecido também em nível internacional, possuindo integrantes estrangeiros significativos, com cadastro e acesso ao sistema, principalmente para realizar pesquisas de preços de produtos no mercado brasileiro (BRASIL, 2013).

Apesar de o BPS ser um sistema público, a visualização de seu conteúdo na íntegra somente é permitido através de um cadastro solicitado por e-mail, com o preenchimento de formulário e enviado para <bps@saude.gov.br>. As informações do formulário são preenchidas pelo solicitante e averiguadas pela equipe gestora do BPS; depois desse processo,

é concedido um perfil de acordo com a necessidade do usuário, sendo esses: gestor BPS, equipe BPS, responsável, operador, supervisão, controle, consulta e cidadão.

**Figura 2:** Responsabilidades de gerenciamento e inserção de dados no BPS.

Perfil	Características
Gestor BPS	Responsável pelo gerenciamento, controle e parametrização de todo sistema. Visualiza todos os dados existentes na base.
Equipe BPS	Responsável pelo suporte aos usuários, cadastros gerais e funções específicas no sistema.
Responsável	Usuário de referência para a equipe do BPS nas instituições que realizam compras de produtos da Saúde. Ex.: técnicos de instituições de Saúde (farmacêutico, administrador, coordenador etc.)
Operador	Usuário que realiza a alimentação do BPS com as informações de compras da instituição à qual pertence. Ex.: técnicos da farmácia, almoxarifado de instituições de Saúde.
Supervisão	Perfil atribuído ao superior hierárquico dentro de uma instituição alimentadora do BPS. É o mesmo nível de acesso do perfil responsável, porém somente para consulta. Ex.: coordenador, prefeito, administrador.
Controle	Perfil atribuído aos técnicos de órgãos de fiscalização do governo e outros. Ex.: TCU, MPF, CGU, DENASUS.
Consulta	Usuário que deseja realizar pesquisa e consulta das informações do BPS. Ex.: indústria, laboratórios, pesquisadores.
Cidadão	Qualquer pessoa sem vínculos institucionais que se interessa por informações adicionais às existentes na consulta pública do BPS.

**Fonte:**BRASIL (2013).

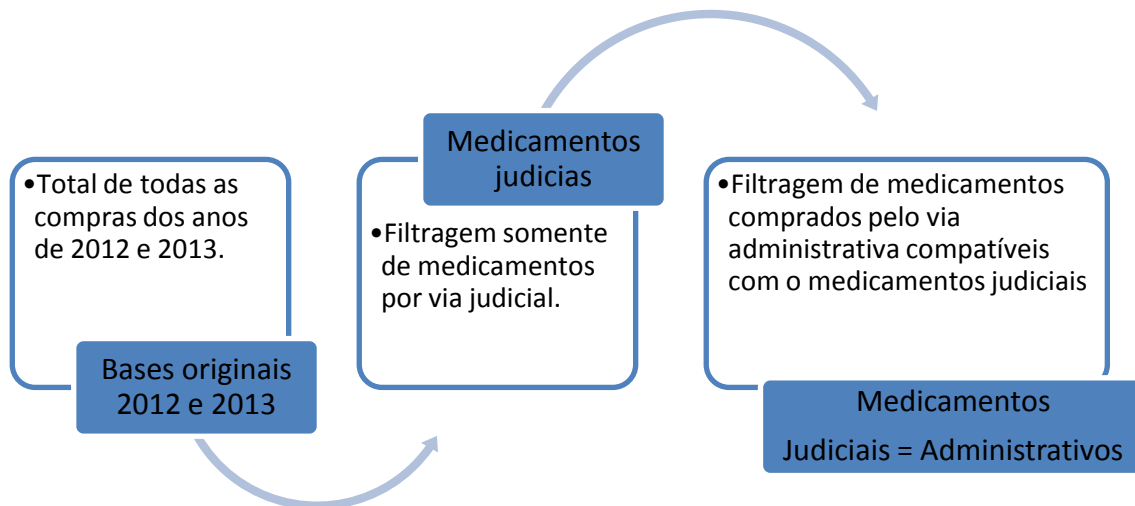
A figura 3 explica quais os perfis existentes que podem ser solicitados para os cadastrados, traz também suas atribuições e características de cada uma, sendo oito no total. Para a elaboração desse trabalho, foi feita a partir do perfil cidadão, com pesquisa e consulta das compras disponibilizadas em planilhas no BPS. A análise realizada teve como foco principal a comparação dos valores declarados e perfil dos medicamentos comprados por via judicial.

#### 4.2 Amostra

A análise refere-se ao total de todas as compras de tecnologias da base anual dos anos de 2012 e 2013, delimitando somente medicamentos, genéricos e de marca, adquiridos em todo o Brasil por meio de compras judiciais, sendo estas compras feitas a partir de determinação judicial em caráter emergencial. Posteriormente, foram filtrados da planilha todos os medicamentos comprados por via administrativa compatíveis com a judicial,

considerando ainda especificidades como dosagens iguais e unidades de fornecimento iguais, podendo assim compará-los de maneira mais homogênea

**Figura 3:** Esquema de filtragem.



**Fonte:** Elaboração própria.

Após a delimitação da amostra, foi elaborada uma planilha com dados apresentados em excel onde é descrito para cada medicamento qual a doença relacionada ao fármaco, sendo elas posteriormente classificadas pra esse estudo em crônicas ou infectocontagiosas. Foi aplicado o cálculo de média nas compras de cada medicamento judicial (J) e administrativo (A), depois foi feita a razão entre as duas modalidades compatíveis (J/A). Assim, chegou a uma comparação percentual de cada modalidade, administrativo e judicial. No final de cada ano analisado, foi aplicado em todos os medicamentos a fórmula  $[(J/A)-1]*100$  para se chegar finalmente ao percentual total de quanto os medicamentos comprados pela via judicial saíram mais caros.

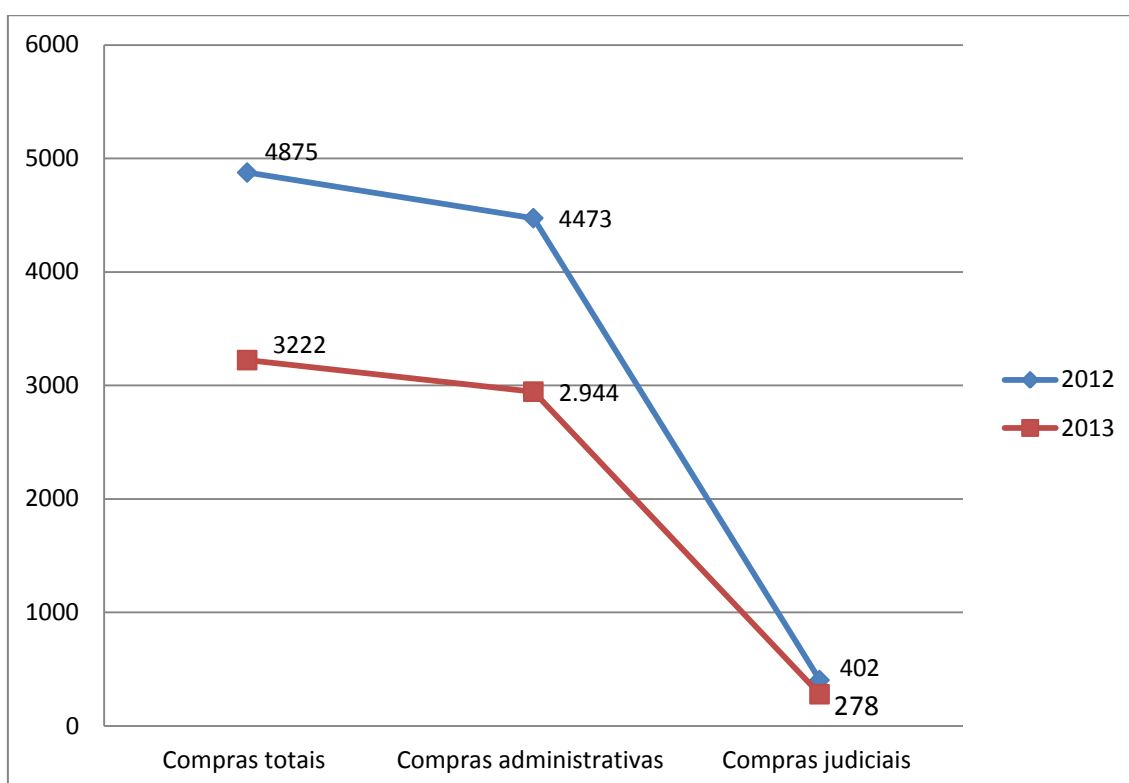
#### 4.3 Aspectos éticos e financiamento

Não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que as informações obtidas não incluem dados de caráter nominal. Também não foi necessário financiamento externo à realização deste trabalho, todos os custos do estudo foram arcados pela estudante.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguem abaixo os principais resultados encontrados nas análises feitas nos anos de 2012 e 2013. Para a apresentação dos dados analisados, foram elaborados gráficos e tabelas.

**Gráfico 1:** Número total de compras declarados no Banco de Preços em Saúde, pelas vias administrativa e judicial, de todas as tecnologias em saúde, Brasil, 2012 e 2013



**Fonte:** Elaboração própria.

O gráfico 1 ilustra quantas compras foram cadastradas nos períodos analisados. Em 2012, 4.875 compras declaradas relativas a um amplo conjunto de tecnologias em saúde; destas, 4.473 foram adquiridas pela compra administrativa e 402 pela via judicial. Em 2013, totalizaram-se 3.222 compras declaradas de tecnologias em saúde, sendo 2.944 pela via administrativa e 278 pela via judicial.

Esse grande volume de compras pode ser considerado de fácil administração, mas quando se trata de sistema de saúde onde se trabalham com um volume grande de itens, sempre temos que considerar uma série de peculiaridades existentes.

Os medicamentos e materiais médico-hospitalares possuem uma gama de aspectos que outros insumos não possuem como, por exemplo, o prazo de validade limitado, em média de dois anos, para uma previsão de uso adequado, e que não haja perdas por vencimento; a exigência de organização, o que obriga a controlar cada lote separadamente e a geri-lo da forma que possibilite a identificação do fluxo de entrada e saída de cada fármaco; a necessidade de conversão de unidades, por exemplo, comprimidos, em cartelas, caixas, engradados, paletes; e a obrigação de ter todos os produtos homologados pela ANVISA, garantindo melhor eficácia do uso dos recursos disponíveis (MACHLINE, 2007).

**Tabela 1:** Descrição geral das compras cadastradas em 2012 e 2013 no BPS, Brasil, 2014.

	2012	2013
Total geral de todas as compras de insumos em saúde registrados no BPS.	4.875	3.222
Total das compras de todas as tecnologias em saúde adquiridas pela via judicial.	402	278
Compras judiciais de medicamentos.	245	104
Total das compras de todas as tecnologias em saúde adquiridas pela via administrativa.	4.473	2.944
Compras administrativas de medicamentos compatíveis com a categoria judicial para comparação.	534	1.343
Medicamentos finais com média entre as duas categorias (judicial e administrativa)	165	89

**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 1 demonstra um panorama geral das compras declaradas no BPS. No ano de 2012, constatou-se que havia 4.875 de todos os insumos de saúde registrados, sendo 402 compras de tecnologias pela via judicial, sendo 245 referentes a medicamentos. Quando consultadas as compras administrativas, verificou-se que havia um total de 4.473 registros, destes apenas 532 eram de medicamentos compatíveis com os fármacos judiciais refinados de acordo com a metodologia apresentada neste trabalho. Chegando a uma lista final de 165 medicamentos, sendo que este quantitativo inclui a comparação e média dos preços entre as duas categorias.

Em 2013, foram registrados um total de 2.322 compras de todos os insumos de saúde, destes 278 foram adquiridos pela categoria judicial, sendo somente 104 eram de medicamentos. As compras administrativas totalizaram 2.944 registros, assim destes exclusivamente 1.343 eram compatíveis com a compra judicial. No final, obteve-se uma lista com 89 medicamentos comprados para média dos preços entre as duas categorias.

**Tabela 2:** Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via judicial comparado à administrativa, em 2012, Brasil, 2014.

MEDICAMENTO	PREÇO MÉDIO VIA JUDICIAL (J)	PREÇO MÉDIO VIA ADMINISTRATIVA (A)	DIFERENÇA DO PREÇO JUDICIAL %
VALSARTANA, 320 MG	R\$ 2,44	R\$ 0,775	214,84%
LEVOTIROXINA SÓDICA, 100 MCG	R\$ 0,31	R\$ 0,092	236,96%
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, 100 MG, TAMPONADO	R\$ 0,32	R\$ 0,09	255,56%
PRAVASTATINA, 20 MG	R\$ 1	R\$ 0,276633333	261,49%
LAMOTRIGINA, 25 MG	R\$ 0,2905	R\$ 0,08	263,13%
TOPIRAMATO, 50 MG	R\$ 0,35	R\$ 0,0695	403,60%
QUETIAPINA, 200 MG	R\$ 6,4	R\$ 0,72	788,89%
IPRATRÓPIO BROMETO, 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	R\$ 6,065	R\$ 0,672708333	801,58%
PARACETAMOL, ASSOCIADO COM DICLOFENACO, CARISOPRODOL E CAFEÍNA, 300MG + 50MG + 125MG + 30MG	R\$ 0,881	R\$ 0,096	817,71%
TOPIRAMATO, 100 MG	R\$ 2,03	R\$ 0,19	968,42%
<b>MÉDIA PERCENTUAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA COMPARAÇÃO DOS DEZ MAIS CAROS.</b>			<b>501,22%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os dez medicamentos que obtiveram as maiores razões entre os preços declarados pelas vias judicial e administrativa em 2012. O de maior diferença foi o TOPIRAMATO 100 mg, que segundo a sua indicação terapêutica é utilizado para epilepsia, com uma diferença de 968,42% pela judicialização comparado ao valor administrativo. Em

seguida, tem-se o PARACETAMOL, ASSOCIADO COM DICLOFENACO, CARISOPRODOL E CAFEÍNA, 300MG + 50MG + 125MG + 30MG com 817,71%, e em terceiro o IPRATRÓPIO BROMETO, 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO com 801,58%.

Ainda de acordo com a sua indicação terapêutica, todos os medicamentos da tabela 2 apresentam indicações terapêuticas para doenças crônicas. A tabela 2 exibe um medicamento não incluso a lista da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo ele a VALSARTANA, 320 MG (214,84%) indicada para hipertensão arterial, com o percentual mais baixo entre as dez com maior diferença percentual entre a via judicial e a administrativa (BRASIL, 2013).

**Tabela 3:** Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via judicial comparado à administrativa, em 2013, Brasil, 2014.

MEDICAMENTO	PREÇO MÉDIO VIA JUDICIAL (J)	PREÇO MÉDIO VIA ADMINISTRATIVA (A)	DIFERENÇA DO PREÇO JUDICIAL %
FINASTERIDA, 5	R\$ 0,3490	R\$ 0,15	132,66%
RANITIDINA CLORIDRATO, 15 MG/ML, XAROPE	R\$ 15,1800	R\$ 5,765	163,31%
PRAMIPEXOL, 0,25 MG	R\$ 1,0190	R\$0,370333333	175,15%
BIMATOPROSTA, 0,3 MG/ML,	R\$ 52,0000	R\$ 18,675	178,44%
IMATINIBE MESILATO, 100 MG	R\$ 57,3000	R\$ 17,9500	219,22%
TIMOLOL, 0,5%, SOLUÇÃO	R\$ 2,8700	R\$ 0,89	222,47%
ATORVASTATINA CÁLCICA, 40 MG	R\$ 1,3640	R\$ 0,3670	271,66%
ESCITALOPRAM OXALATO, 10 MG	R\$ 0,9700	R\$ 0,2240	333,03%
PANTOPRAZOL, 20 MG	R\$ 0,6600	R\$ 0,1350	388,88%
RANITIDINA CLORIDRATO, 150 MG	R\$ 0,5300	R\$0,042333333	1.151,96%
<b>MEDIA PERCENTUAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA COMPARAÇÃO DOS DEZ MAIS CAROS.</b>			<b>323,68%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 3 apresenta os dez medicamentos que obtiveram as maiores razões entre os preços declarados pelas vias judicial e administrativa em 2013. A RANITIDINA

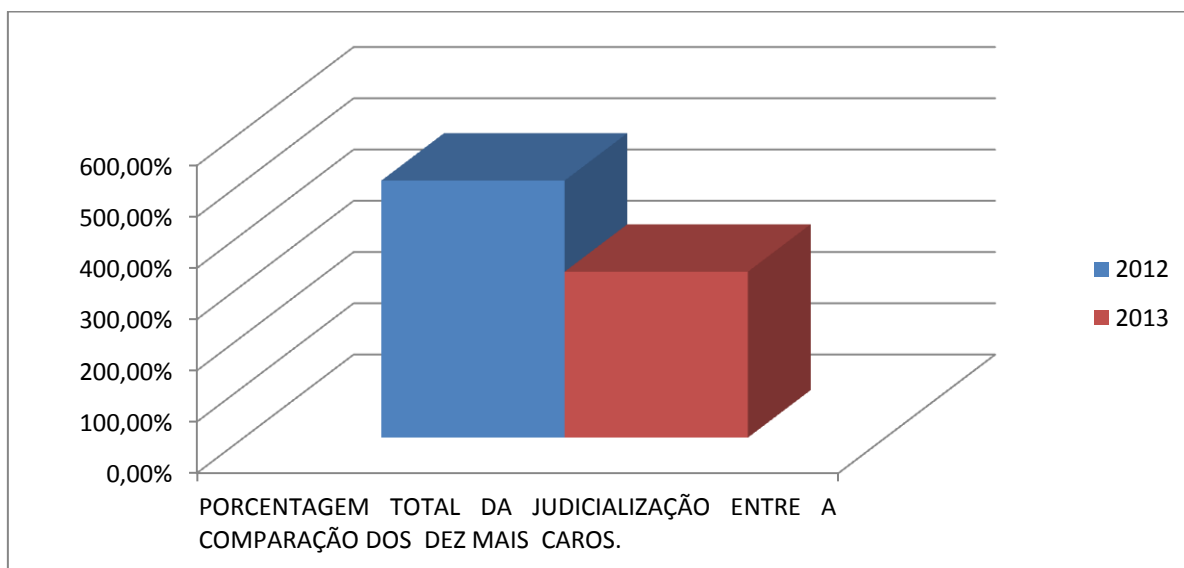


CLORIDRATO 150 MG lidera a lista, segundo a sua indicação terapêutica é utilizado para úlcera, apresentando uma enorme diferença percentual com a compra administrativa, com 1.151,969% a mais pela judicialização. Em seguida, vem o PANTOPRAZOL 20 MG, usado para incontinência urinária, com 388,88% a mais pela via judicial, e em terceiro lugar tem-se o ESCITALOPRAM OXALATO 10 MG, com 333,03%, indicado para depressão e ansiedade.

De acordo com a análise da indicação terapêutica, todos os dez medicamentos são indicados para doenças crônicas. Ainda quando consultado a lista da RENAME, a tabela mostra três medicamentos não inclusos: ESCITALOPRAM OXALATO 10 MG (333,03%), PANTOPRAZOL 20 MG (388,88%) e IMATINIBE MESILATO 100 MG (219,22%). Sendo que destes dois estão entre os três com percentual de diferença mais alto entre o total dos medicamentos analisados (BRASIL, 2013).

Vale destacar que nenhum dos medicamentos repete nas duas tabelas referentes aos 10 medicamentos com maiores percentuais relativos à diferença entre as compras judiciais e administrativas.

**Gráfico 2:** Comparação da média percentual dos dez medicamentos com maior diferença percentual entre os valores declarados em 2012 e 2013, Brasil, 2014.



**Fonte:** Elaboração própria.

O gráfico 2 mostra a comparação entre as médias dos dez medicamentos com maior diferença percentual nos anos de 2012 e 2013, considerando a comparação da média percentual dos dez medicamentos com maior diferença, demonstrado nas tabelas 2 e 3, entre

as compras administrativa e judicial. O ano de 2012 apresenta média percentual maior com 501,22% do que em 2013, com 323,68%.

**Tabela 4:** Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via administrativa comparado a judicial, em 2012, Brasil.

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>PREÇO MÉDIO VIA JUDICIAL (J)</b>	<b>PREÇO MÉDIO VIA ADMINISTRATIVA (A)</b>	<b>DIFERENÇA DO PREÇO JUDICIAL %</b>
CAPTOPRIL, 25MG	R\$ 0,001	R\$ 0,0183	-40,05%
CLOMIPRAMINA, 25 MG	R\$ 0,09	R\$ 0,1574	-42,82%
PAROXETINA CLORIDRATO, 10 MG	R\$ 0,75	R\$ 1,4	-46,43%
INSULINA, GLARGINA, 100 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, COM APLICADOR	R\$ 64,085	R\$ 120,04	-46,61%
VARFARINA SÓDICA, 5 MG	R\$ 0,1	R\$ 0,192	-48,05%
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO, 10 MG	R\$ 0,0142	R\$ 0,03	-52,67%
FLUOXETINA, 20 MG	R\$ 0,11	R\$ 0,2394	-54,05%
GANCICLOVIR SÓDICO, 250 MG	R\$ 12,02	R\$ 28,0533	-57,15%
MEBENDAZOL, 100 MG	R\$ 0,019	R\$ 0,05	-62%
DORZOLAMIDA CLORIDRATO, ASSOCIADA COM TIMOLOL, 2% + 0,5%, SOLUÇÃO OFTÁLMICA	R\$ 18,00	R\$ 49,57	-63,68%
<b>MEDIA PERCENTUAL DA VIA ADMINISTRATIVA, EM RELAÇÃO A COMPARAÇÃO DOS DEZ MAIS CAROS.</b>			<b>-51,35%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 4 apresenta os dez medicamentos que obtiveram as maiores razões entre os preços declarados pela via administrativa em relação a via judicial 2012. O DORZOLAMIDA CLORIDRATO, ASSOCIADA COM TIMOLOL, 2% + 0,5%, SOLUÇÃO OFTÁLMICA lidera a lista com diferença de -63,68%, segundo a sua indicação terapêutica é utilizado para glaucoma, apresentando maior diferença percentual com a compra judicial. Em seguida, vem o MEBENDAZOL 100 MG, usado para infecções isoladas ou

mistas, com diferença de -62%, e em terceiro lugar tem-se o GANCICLOVIR SÓDICO, 250 MG, com 57,15%, indicado para infecção por citomegalovírus.

De acordo com a análise da bula, nove medicamentos são indicados para doenças crônicas, e apenas um para doenças infecto-contagiosa. Quando consultado a lista da RENAME, a tabela apresentada mostra três medicamentos não inclusos: GANCICLOVIR SÓDICO, 250 MG; INSULINA, GLARGINA, 100 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, COM APLICADOR; MEBENDAZOL, 100 MG (BRASIL, 2013).

**Tabela 5:** Os dez medicamentos que obtiveram maior diferença do percentual dos preços declarados da via administrativa comparado a judicial, em 2013, Brasil, 2014.

MEDICAMENTO	PREÇO MÉDIO VIA JUDICIAL (J)	PREÇO MÉDIO VIA ADMINISTRATIVA (A)	DIFERENÇA DO PREÇO JUDICIAL %
TAMOXIFENO CITRATO, 20 MG	R\$ 0,037	R\$ 0,56	-33,92%
NIMODIPINO, 30 MG	R\$ 0,073	R\$ 1,20	-39,16%
MONTELUCASTE SÓDICO, 4 MG, COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	R\$ 1,99	R\$ 3,28	-39,32%
ANAGRELIDA CLORIDRATO, 0,5 MG	R\$ 15,0218	R\$ 26,80	-43,94%
CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO, 5 MG	R\$ 0,170	R\$ 0,31	-45,16%
CILOSTAZOL, 100 MG	R\$ 0,271	R\$ 0,507	-46,51%
ENOXAPARINA, 80MG/0,8 ML, INJETÁVEL, SERINGA GRADUADA	R\$ 16,50	R\$ 32,73	-49,58%
LEVODOPA, ASSOCIADO À BENSERAZIDA, 200MG + 50MG	R\$ 1,00	R\$ 2,03	-50,81%
LEVOFLOXACINO, 500 MG	R\$ 0,65	R\$ 1,34	-51,49%
CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO, 5 MG	R\$ 0,08	R\$ 0,31	-73,54%
<b>MEDIA PERCENTUAL DA VIA ADMINISTRATIVA, EM RELAÇÃO A COMPARAÇÃO DOS DEZ MAIS CAROS.</b>			<b>-22,23%</b>

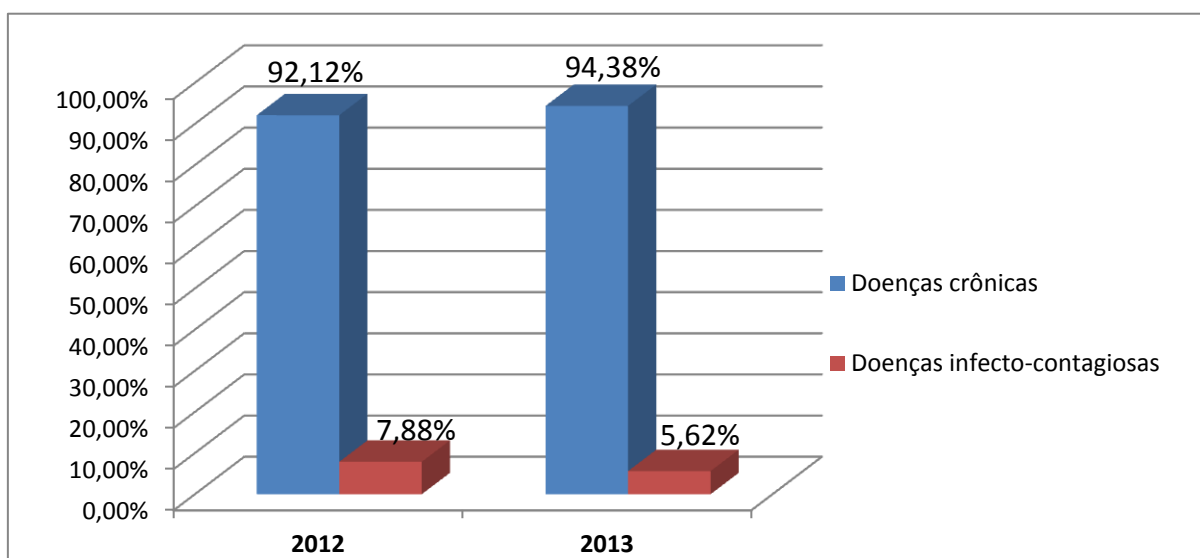
**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 5 apresenta os dez medicamentos que obtiveram as maiores razões entre os preços declarados pela via administrativa em relação a via judicial em 2013. O CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO, 5 MG lidera a lista com diferença de -73,54%, segundo a sua bula é utilizado para fibromialgia, apresentando maior diferença percentual com a compra administrativa. Em seguida, vem o LEVOFLOXACINO, 500 MG, usado para infecções bacterianas, com diferença de -51,49%, e em terceiro lugar tem-se o LEVODOPA, ASSOCIADO À BENSERAZIDA, 200MG + 50MG, com 50,81%, indicado para mal de Parkinson.

De acordo com a análise da bula, nove medicamentos são indicados para doenças crônicas, e apenas um para doenças infecto-contagiosa. Quando consultado a lista da RENAME, a tabela apresentada mostra oito medicamentos não inclusos: ANAGRELIDA CLORIDRATO, 0,5 MG; CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO 5 MG; CICLOBENZAPRINA CLORIDRATO 5 MG CILOSTAZOL, 100 MG; ENOXAPARINA, 80MG/0,8 ML, INJETÁVEL, SERINGA GRADUADA; MONTELUCASTE SÓDICO, 4 MG, COMPRIMIDO MASTIGÁVEL; NIMODIPINO, 30 MG; TAMOXIFENO CITRATO, 20 MG (BRASIL, 2013).

Novamente quando avaliado a frequência dos itens de medicamentos, que nenhum dos remédios repetiram nas duas tabelas referentes aos 10 medicamentos com maiores percentuais relativos as compras administrativas comparados a via judicial.

**Gráfico 3:** Estratificação dos medicamentos por tipo de doenças, crônicas e infectocontagiosas, em 2012 e 2013, Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

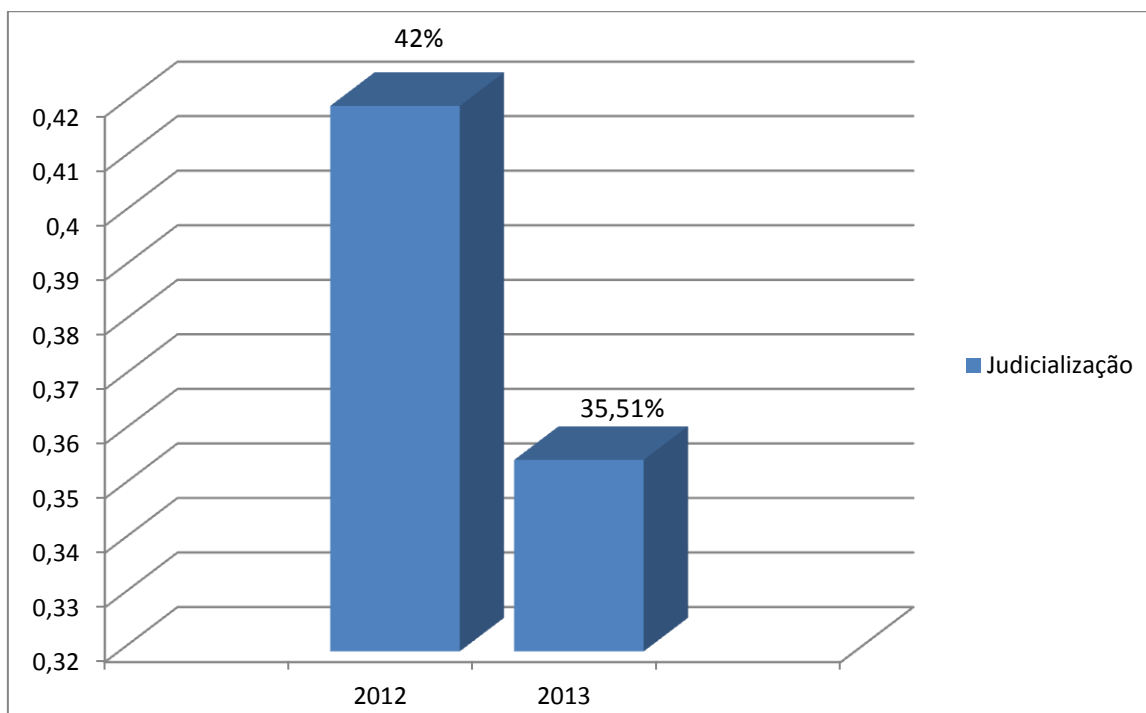
O gráfico 3 mostra a relação da classificação terapêutica dos medicamentos, refinada de acordo com a metodologia apresentada. Verificou-se que há uma frequência maior de medicamentos para doenças crônicas nos dois períodos, mostrando que as doenças infectocontagiosas demonstraram ser em um percentual muito abaixo. Pode dizer ainda que, em 2013, o número de medicamentos pela via judicial foi maior, representando 94,38% do total de medicamentos declarados, do que ao ano anterior, que foi 92,12% do total, apresentando uma diferença entre os dois de 2,26 pontos percentuais. Já as doenças infectocontagiosas representaram 7,88% e 5,62% do total de medicamentos em 2012 e 2013, respectivamente, com uma diferença também de 2,26% entre 2013 e 2012, só que negativa.

Para tal achado, pode ser justificado pelo fenômeno da transição demográfica, conjugado com a transição epidemiológica que no Brasil, evidenciando-se o envelhecimento populacional. Essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas que passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde. As doenças crônicas são definidas pelo seu longo período de tempo, podendo apresentar momentos agudos ou melhora modesta (BARROS, 2006).

Pode-se afirmar ainda que, devido à expectativa de vida média dos brasileiros ter aumentado gradativamente chegando ao ano de 2013 com 74,6 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ou seja temos uma população com mais anos de vida atrelados com mais problemas de saúde devido o envelhecimento natural do corpo humano (NASRJ, 2008).

As enfermidades crônicas custam mais ao SUS, já que tem um custo de tratamento elevado, pois o paciente recebe o tratamento por um período mais longo do que as doenças infectocontagiosas, que geralmente costumam ter uma duração menor de tratamento e por isso normalmente necessitam de menos gastos. Essas enfermidades refletida na judicialização pode ser um indicador de reação também à omissão da efetividade das políticas públicas que deveriam cobrir a demanda por tratamentos não oferecidos pelo sistema (CHIEFFI et al, 2009).

**Gráfico 4:** Diferença percentual entre os valores médios declarados por instituições públicas por medicamentos adquiridos pelas vias judicial e administrativa, Brasil, 2012 e 2013.



**Fonte:** Elaboração própria.

O fato de o SUS ter sido implantado em condições financeiras adversas, que até hoje são refletidas e não vencidas, certamente impede a distribuição igualitária de serviços de qualidade, de forma que a população sinta-se segura em usufruir o direito à saúde (FREURY, 2012). O gráfico 4 revela o quanto a judicialização dos medicamentos cadastrados por instituições públicas foram mais caros. O ano de 2012 mostrou a maior diferença média nos preços declarados entre a judicialização e o procedimento administrativo, correspondendo a 42%. Em comparação ao ano de 2013, que apresentou uma diferença média de 35,51%, houve uma redução de 6,49 pontos percentuais.

Apesar de modesto, esse percentual pode sinalizar uma tendência de redução do impacto da judicialização nas aquisições registradas pelas instituições públicas de saúde. De acordo com as tabelas 2 e 3, pode-se verificar que a maioria dos medicamentos se encontra na lista da RENAME, evidenciando que provavelmente há má gestão das pessoas que estão a frente da organização e distribuição destes fármacos para a população, que precisam então recorrer ao judiciário para ter acesso para seu tratamento.

Ainda referente ao gráfico 3, que demonstra que os medicamentos mais demandados são para doenças crônicas, podemos considerar o envelhecimento da população em geral poderia explicar o fato de a maior parte dos medicamentos solicitados serem de uso contínuo e uma grande parte se destinar a essas doenças (CHIEFFI et al, 2009).

**Tabela 6:** Judicialização da saúde sobre medicamento, Brasil.

	2012				2013		
	<b>Total de medicamentos</b>	<b>165 (100%)</b>	Média	42,68%	<b>89 (100%)</b>	Média	35,51%
			Mediana	801,58%		Mediana	7,73%
			Mínimo	-63,69%		Mínimo	-73,54%
			Máximo	968,42%		Máximo	1.151,96%
<b>Compras administrativas</b>	<b>74 (44,84%)</b>		Média	-20,34%	<b>46 (51,69%)</b>	Média	-22,05%
			Mediana	-46,61%		Mediana	-12,12%
			Mínimo	-0,58%		Mínimo	-0,07%
			Máximo	-63,69%		Máximo	-73,54%
<b>Compras judiciais</b>	<b>86 (52,12%)</b>		Média	99,39%	<b>42 (47,19%)</b>	Média	99,41%
			Mediana	149,80%		Mediana	35,96%
			Mínimo	0,20%		Mínimo	0,07%
			Máximo	968,42%		Máximo	1.151,96%
<b>Preços iguais</b>	<b>5 (3,04%)</b>		Média	0%	<b>1 (1,12%)</b>	Média	0%

**Fonte:** Elaboração própria.

A tabela 6 mostra o perfil geral dos medicamentos analisados, mostrando a média, mediana e os valores mínimo e máximo do total dos medicamentos referentes aos dois anos sob investigação, das compras administrativas e judiciais. Em 2012, o total de medicamentos foi de 165; a maioria com preço superior proveio da via judicial, perfazendo 86 ao passo que na via administrativa verificou-se 74 medicamentos, evidenciando uma diferença entre elas de 42,68%.

A média de compra judicial também foi superior (99,39%) onde a máxima chegou a 968,42%, se comparada com a compra administrativa (-20,34%) com máxima de -63,69%. Houve cinco medicamentos (3,04%) com preços iguais, sendo eles: DIPIRONA SÓDICA, 500 MG, IMATINIBE MESILATO, 400 MG, RITUXIMABE, 10MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, TEMOZOLOMIDA, 100 MG, USTEQUINUMABE, 90 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL.

Em 2013, totalizaram-se 89 medicamentos. Ao contrário de 2012, foi menor o número de medicamentos pela via judicial (42) do que pela compra administrativa (46).

Mesmo havendo um quantitativo menor, a judicialização apresentou uma diferença percentual maior, com média de 99,41% e máxima de 1.151,96%, se comparado com a compra administrativa, que apresentou uma diferença média de -22,05% e máxima de -73,54%. Somente um medicamento teve o mesmo preço, o medicamento BRIMONIDINA TARTARATO, ASSOCIADA COM TIMOLOL MALEATO, 2 MG + 5 MG/ML, SOLUÇÃO OFTÁLMICA.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou estimar quanto se paga a mais pela judicialização da saúde referente a valores declarados por instituições públicas de saúde para medicamento. Sendo de suma importância para os gestores, profissionais da saúde, usuários do SUS. Estes resultados podem contribuir para o fortalecimento da PNM, possibilitando maior fiscalização na implementação de novos medicamentos na lista da RENAME, para que não haja sobreposição de interesses privados da indústria farmacêutica sobre a comercialização destes.

Segundo MESSENDER e CASTRO (2005), compreende-se que a missão constitucional dos governos é de atender às necessidades da população, porém a falta de esclarecimento quanto à divisão de responsabilidade entre os gestores, parece não assegurar a melhoria de acesso aos medicamentos pelo cidadão além de impedir a concretização da descentralização.

A CF/88 garante o acesso ao direito do usuário e como foi visto neste trabalho, podemos ver que a judicialização acontece por negligência de oferecimento de acesso aos medicamentos no SUS, podendo sinalizar uma falha de gestão e deficiência de melhor alocação de recursos.

No entanto, a judicialização comete acessos que podem atrapalhar a gestão e o financiamento e infringir diretrizes estabelecidas na Lei 8080/90. Considerando o gasto a mais com estes medicamentos onde podemos ver que os dez mais caros por percentual são na maioria já incorporados na RENAME, para fins terapêuticos de doenças crônicas, se o dinheiro pago a mais fosse investido em políticas públicas de saúde como no fortalecimento da atenção primária, poderia consequentemente ser minimizado a procura desses medicamentos com a prevenção e a promoção da saúde.

É importante ressaltar as limitações dos resultados deste estudo, relacionadas ao banco de dados utilizado (BPS). Na avaliação e uso da base de dados do BPS, deve-se considerar sua natureza declaratória, ou seja, os preços são inseridos pelas próprias instituições sem norma ou regra formal que os obrigue executar esse procedimento. Com isso, esta base de dados não está livre de preenchimentos equivocados – com inconsistências – motivados, por exemplo, por erros na digitação; na especificação do item de inquirição na

indicação da unidade de fornecimento; no preço pago (unitário em relação à unidade de fornecimento ou total) e na quantidade adquirida (BRASIL, 2013, p. 71).

As compras de medicamentos analisados no período de 2012 e 2013 sobre a judicialização da saúde parecem mostrar um caminho de ações que se inicia pela busca de acesso aos medicamentos para doenças crônicas, mostrando que os usuários destes medicamentos têm se demonstrando um posicionamento de busca por seus direitos.

De tal modo, é nítida a necessidade da aproximação das Políticas Públicas do SUS com o Poder Judiciário e da saúde coletiva, em um espaço único que discuta e proponha ações que permitam que sejam alcançados resultados capazes de assegurar o direito à saúde para a população de modo eficiente e equânime, para que não haja decisões inadequadas que interfiram na gestão do SUS, tornando cada vez melhor o acesso a medicamentos em nosso país.

Ainda há necessidade de mais estudos comparando medicamentos, não somente da RENAME, mas os de alto custo dos quais estão disponíveis nas diretrizes clínicas, entre outros. A fim de subsidiar mudanças tanto na gestão, controle de preços praticados e no judiciário.

## 7 REFERÊNCIAS

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaio Clínicos**. Brasília, 23 de maio de 2005.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. et. al. **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):911-926, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos ; n. 67)

BRASIL. **Lei federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan Americana de Saúde. **Banco de Preços em Saúde**. Serie ECOS. Eixo 2, Brasília – DF, 2013.

Conselho Nacional das Secretárias de Saúde. **SUS 20 NOS**. Brasília - CONASS, 2009.

Conselho Nacional das Secretárias de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília - CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome 2013**. – 8. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. RPGE: *Revista da Procuradoria-Geral*. Porto Alegre v. 31 n. 66 p. 89 - 114 jul.-dez. 2007.

CASTRO, Kátia Regina Tinoco Ribeiro. **Os juízes diante da judicialização da saúde : o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde.** Dissertação (Mestrado – Fundação Getúlio Vargas Direito Rio). Rio de Janeiro, 2012.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.** Caderno de Saúde Pública; v. 25, n. 8, p. 1839-1849.ago, Rio de Janeiro, 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. **Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos.** *Revista Saúde Pública*, , v. 44, n. 3, p. 421-429, dez. São Paulo 2009.

DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B. **A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito.** *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v. 5, n. 4.2011.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, Janaina. **A judicialização no Distrito Federal, Brazil.** *Ciencia e Saúde Coletiva*;19(2):591-598, 2014.

FERREIRA, Siddhart Legale; COSTA, Aline Matias. **Núcleos de acessoria técnica da judicialização da saúde: cosntitucionais ou inscostitucionais?.** *Revita SJRJ*. v. 20, n. 36, p.219 – 2140. Rio de Janeiro abril de 2013.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2010 Rio de Janeiro., 2010.

FREURY, Sonia. **Judicialização pode salvar o SUS.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

GOMES, D. F. et al. **Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?.** *Saúde e Debate.*, v. 38, n. 100, p. 139-156, Janeiro – Março. Rio de Janeiro , 2014.

MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito a saúde.** *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 9, n. 2 p. 65-72 Jul./Out. 2008.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; FILHO, B. S. **Análise técnica para tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial.** *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

MACHLINE, Claude. **Cadeia de valor na saúde: compras na área da saúde.** Debates GVsaúde - Número 3, 2007.

MESSENDER, A. M.; CASTRO, C.; LUIZA, V. L.. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, v.21, n. 2, p. 525-34, mar.-abr. Rio de Janeiro 2005.

NASRJ, Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil.** Einstein, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. **Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil.** *Revista Saúde Publica*, v.14, n.. 2, p. 340-349, ND. Colômbia 2012.

PENALVA, J. et al. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal.** Belo Horizonte Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 39 p. ISBN: 978-85-62707-29-2 CDD: 340.11. 2010/2011.

PEPE, V. L. E. et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica.***Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2405-2414, ago. 2010.

PINHEIRO, Francisco Percival Filho; SARTI, Flávia Mori. **Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.17 n.11 Rio de Janeiro Nov. 2012.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p.214-222, abr. 2007.

VALLE, G. H. **Judicialização da saúde.** *Revista de Direito Sanitário*, v. 11, n. 3. Brasil 2011.